44

Lane Medical Library

Casuistische Beiträge

zu den im

Gefolge von Gelenkrheumatismus vorkommenden Psychosen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 20. Juni 1890

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Ferdinand Klein

prakt. Arzt

aus Puttgarten (Rügen).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Dörschlag, prakt. Arzt.
- Dr. med. Vogel, prakt. Arzt.
- Cand. med. Britz.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen teuren Eltern.

Die Lehre von der Entwicklung der Psychosen bei Gelenkrheumatismus an der Hand der reichhaltigen Litteratur, welche über diesen Gegenstand seit der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts erschienen ist, findet sich in der sehr eingehenden Arbeit von Kraepelin „Über den Einfluss akuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten" eingehend dargestellt und gewürdigt. Ich will daher nur kurz die wichtigsten Gesichtspunkte und Ansichten derjenigen Forscher hier anführen, welche besonders für den jetzigen Standpunkt auf diesem Gebiete massgebend gewesen sind, und deren Werke gleichsam als die Marksteine auf dem durchlaufenen Wege erscheinen.

Nachdem Mesnet und Délioux in Frankreich und Griesinger in Deutschland zuerst auf diejenige Gruppe von Geisteskrankheiten aufmerksam gemacht hatten, welche nicht nur während des Verlaufes, sondern auch im Gefolge des akuten Gelenkrheumatismus auftreten können, nachdem besonders der letztere Forscher in seiner Schrift „Über die protrahierte Form der rheumatischen Hirnaffektion" den Nachweis geführt hatte, dass bei dieser Krankheit langdauernde, in die Rekonvalescenz hineinreichende Psychosen vorkommen, welchen das Fieber als Causalmoment völlig fehlt, und dieselben damit als ausserhalb des Gebietes der einfachen Fieberdelirien stehend erwiesen hatte, ist in letzterer Zeit besonders durch die Arbeiten von Simon und Kraepelin durch die Zusammenstellung aller in der Litteratur bekannt gewordenen Fälle, durch kritische Würdigung derselben und sicherere statistische Angaben, diese Lehre sehr gefördert und zu einem gewissen Abschluss gebracht worden.

Simon widerlegt zwar die Ansicht Griesingers und seiner Schüler, dass wir es bei den Rheumatismuspsychosen mit specifischen, nur bei dieser Krankheit vorkommenden Geistesstörungen zu thun hätten, die sich unter dem klinischen Bilde der Melancholia cum stupore darstellen, ein alternierendes Auftreten von Gelenksymptomen und Psychose zeigen, und meistens von Chorea begleitet sind. Derselbe Autor aber sucht in freilich etwas einseitiger Weise klar zu legen, dass alle diese Psychosen durch Hirnanämie und ihre Folgen bedingt seien, dass ferner die klinischen Erscheinungen von denen, wie die bei anderen akuten Krankheiten auftretenden Psychosen sie bieten, nicht abweichen. Im Gegensatze dazu zeichnet sich besonders die Arbeit Kraepelins durch die richtige Würdigung aller ätiologischen Momente, durch die erschöpfende Darstellung der Verlaufseigentümlichkeiten, besonders aber durch die übersichtliche, alle eben erwähnten Gesichtspunkte in Betracht ziehende Gruppierung dieser Psychosen aus. Ich will daher Kraepelins Einteilung hier kurz rekapitulieren, und an der Hand derselben die nachfolgenden Krankengeschichten besprechen.

Kraepelin unterscheidet zunächst 2 Hauptgruppen, und zwar enthält die erste diejenigen seltenen Fälle, bei denen eine rheumatische Hirnaffektion, ähnlich wie bei der eitrigen Meningitis cerebrospinalis nachgewiesen werden konnte. Es bleiben nun als zur zweiten Hauptgruppe gehörig diejenigen Fälle übrig, welche das Gros der Psychosen dieser Art ausmachen, und zwar gliedern sich dieselben wieder in 2 grosse Abteilungen, nämlich erstens in die Fieberdelirien und zweitens in die asthenischen Geisteskrankheiten. Unter den Fieberdelirien zeichnet sich besonders eine Form aus durch die hyperpyretischen Temperaturen, den schnellen Kräfteverfall, die äusserst schlechte Prognose und den meist negativen Sektionsbefund. Es ist dies diejenige Form, bei der wir, wie Kraepelin sehr richtig hervorhebt, der Annahme einer specifischen Einwirkung der Infektionserreger direkt auf das Cerebrum nicht entraten können. Die übrigen Fieberdelirien gliedern sich noch in

mehrere Unterabteilungen, welche hier aufzuführen nicht der Ort ist. Hervorgehoben zu werden verdient noch, dass Kraepelin für die akut verlaufenden Fieberdelirien eine cerebrale Hyperämie, für die mehr chronischen und die eigentlich asthenischen Formen aber mit Simon Anämie als anatomische Basis annimmt.

Nach dieser kurzen Übersicht will ich nun zunächst die Krankengeschichten von fünf auf der psychiatrischen Abteilung der Königl. Charité beobachteten Patienten folgen lassen.

Fall I. Helene H., Kellnerin, 20 Jahr, ev., aufgenommen 30./V. 89, gestorben 8./VI. 89.

Anamnese: teils nach eigenen, im St. Hedwigskrankenhause gemachten Angaben, teils nach den Aussagen der Wirtin und eines Freundes.

Keine hereditäre Anlage, kein Potus.

Temperament ruhig. Sehr leicht empfindliches Wesen.

Körperlich war Pat. in früherer Zeit stets gesund, seit 1 Jahr jedoch litt sie an Fluor albus, die Menses sollen regelmässig gewesen sein, zuletzt am 12./V. Ungefähr 2 Monate vor ihrer Aufnahme stellte sich eine allgemeine Mattigkeit ein. Pat. klagte verschiedentlich über Schmerzen am rechten Oberschenkel und in der linken Nierengegend. Ihr Wesen war bis zur Nacht vom 23./24. Mai stets ruhig. Sie äusserte zwar manchmal Todesahnungen, war aber bald darauf wieder heiter. In der Nacht vom 23./24. schlief sie nicht, klingelte 5 Uhr Morgens, war furchtbar aufgeregt („sie habe schon aus dem Fenster springen wollen"). Sie beruhigt sich aber bald und wurde am 25./V. vom Arzte, der ein Herzleiden konstatiert hatte, dem St. Hedwigskrankenhause überwiesen. Die damaligen Klagen bezogen sich auf grosse innere Unruhe und Schmerzen in der linken Seite. Äusserlich verhielt sie sich ruhig. Es ergab sich dort folgender Befund:

Anämisches Aussehen. Die Lungen sind frei, an der Mitralis ein leichtes Geräusch. Die Muskeln beider Oberschenkel sind auf Druck empfindlich. Es besteht allgemeines Schmerzgefühl. Temperatur 37,5.

Die Ordination bestand in Natrium salicyl. und Salzsäuremixtur.

26./V. Temperatur Morg. 38,3, Abds. 38,7.

Status idem.

27./V. Temperatur Morg. 38,5, Abds. 38,7; die Schmerzen sind stärker.

28./V. Schwinden der Schmerzen, Temperatur Abds. 38,2.

29./V. Status idem.

In der Nacht jedoch ändert sich das bis dahin ruhige Wesen der Patientin vollständig. Sie singt und schreit. Am nächsten Morgen bei der Visite giebt sie als Grund ihrer Aufgeregtheit während der Nacht an, sie habe ihrer Sünden wegen in die Hölle kommen sollen, habe sich aber schnell bekehrt und sei jetzt vergnügt und lustig. Diese Angaben wechseln ab mit erotischen Liedchen und Ausrufen von Männernamen. Patientin war dabei verhältnismässig ruhig und gelassen. Wegen eines Versuches jedoch, aus dem Bette zu springen, wurde ihr die Zwangsjacke angelegt, und sie separiert. Am Nachmittage hat Pat. „mit anscheinend übermenschlicher Kraft“ die Zwangsjacke zerrissen und sich aus der 2. Etage zum Fenster hinausgestürzt. Hierbei erlitt sie eine Fraktur des Calcaneus und des Caput femoris dextri. Sie wird nach der Charité übergeführt. Dort ergiebt sich am 30./V. folgender Status.

Sie ist verwirrt, kann nichts Klares über ihren Sprung aus dem Fenster angeben; nur soviel ist aus ihren Aussagen zu entnehmen, dass sie schon seit einigen Tagen unruhig gewesen ist und aus Angst, um ihren Bräutigam Willy, den sie am Kreuz hat hängen sehen, zu erlösen, aus dem Fenster gesprungen ist. Bisweilen äussert sie: „Ich bin eine verheiratete Frau, ich möchte fliehen zu meinem Mann“.

Der somatische Zustand ist folgender:

Patientin liegt meist in halber linker Seitenlage und zeigt einen guten Ernährungszustand. Das rechte Bein befindet sich in einem fixierenden Verbande. Die Gegend von der Höhe der Malleolen abwärts ist ge-

schwollen, an den Fusswurzelknochen Crepitation fühlbar, speciell über dem Calcaneus.

Die Palpation ist der Patientin sehr schmerzhaft. In der rechten Glutaealgegend besteht eine ausgedehnte Sugillation, in der rechten Seite über den untersten Rippen einige oberflächliche Hautabschürfungen. Die Kniegelenke sind beide geschwollen und schmerzhaft, ebenso die Handgelenke.

Die Pupillen sind gleich weit, reagieren auf Licht.

Über dem Cor an der Spitze ein unreiner erster Ton, der zweite ist verstärkt. Die Herzdämpfung nach rechts verbreitert. Eine genaue physikalische Untersuchung der Brustorgane ist jedoch bei dem unaufhörlichen Sprechen und Schreien der Kranken unmöglich.

Puls regelmässig, von geringer Spannung, klein, Temperatur 39,0.

Auf dem Abdomen alte Schwangerschaftsnarben.

Der mit dem Katheter entleerte Urin enthält reichlich Albumen.

Wegen des bisherigen Verlaufes und des geschilderten Befundes wurde die Diagnose auf Rheumatismus articulorum acutus gestellt.

Verlauf: Die ruhige Verwirrtheit macht im Laufe der Nacht einer hochgradigen Erregtheit mit vielfachen Sinnestäuschungen Platz, bei denen religiöse und erotische Äusserungen in buntem Durcheinander eine Rolle spielen. Patientin sieht sich von Schlangen umzingelt, sie fleht ihren Willy an, sie zu erlösen aus dieser Hölle. Einstweilen lässt sich jedoch die Kranke noch beruhigen.

Am nächsten Morgen wächst die Erregung. Pat. sucht sich in den Finger, und nachdem sie deswegen Handschuhe bekommen hat, in den Arm zu beissen. Sie ist jetzt vollkommen unzugänglich und abwesend, und wendet sich wieder bei ihrem fortwährenden Schreien und Singen an Willy, den sie anwesend wähnt. Dazwischen deklamiert sie Kirchenlieder, betet das Vaterunser, stimmt ganz unmotivirt ein triviales Lied an und singt einen biblischen Text nach einer Walzermelodie. Ideeen von Grössenwahn, wie: „Ich habe jetzt die All-

macht Gottes, dies hier ist meine Wohnung, ich bin im Himmel gewesen, ich werde Euch reich machen", wechseln ab mit Selbstanklagen und tiefer Zerknirschung, z. B. „Ach lieber guter Vater, ich habe so viele Sünden begangen und nicht genug gebetet". Je nach dem Inhalt dieser Äusserungen ist ihre Stimmung heiter oder traurig. Sie spricht ferner von ihren beiden Kindern, und dass sie jetzt wieder zwei bekommen würde, und bringt bisweilen eigentümliche, alternierende Zusammenstellungen vor, z. B. „Ich will Euch verweben, verschweben". Über ihre Verhältnisse kann sie nichts Näheres angeben. Über die Vorgänge des gestrigen Tages macht sie hin und wieder unbewusste Äusserungen, nach denen sie in einem Baume hängen geblieben zu sein scheint. Ferner äussert sie: „Wo war ich denn gestern? ich hörte, klopfet an, dann wird Euch aufgethan. Dann wurde es auf einmal hell, und ich war im Himmel".

Temp. Morg. 36,8; Nachm. 39,0.

1. VI. Nachdem in der Nacht die Verwirrtheit zusehends abgenommen hatte, ist Pat. heute Morgen ruhig und klar. Auf Befragen giebt sie an, sie wisse nicht, was mit ihr vorgegangen sei, auch nicht, wie sie sich befinde. Als der Arzt ihr mitteilte, dass sie aus dem Fenster gesprungen sei, erschrak sie und wurde traurig, wie sie von ihren Verletzungen hörte: „hoffentlich werde das doch bis Pfingsten wieder gut sein". Über ihre Verhältnisse giebt sie Auskunft und sagt, sie sei wegen eines körperlichen Leidens in das St. Hedwigskrankenhaus gegangen. Sodann schläft sie $1^1/_2$ Stunden, empfängt den Arzt heute freundlich und reicht die Hand. Über ihr Verhalten am gestrigen Tage giebt sie nur spärliche Auskunft und erklärt allen Ernstes, sie sei im Himmel gewesen. Über das Conamen succidii weiss sie nichts und giebt nur zu, grosse Angst gehabt zu haben.

Sie nimmt Wein und Milch und wird auf ihren Wunsch in einen ruhigeren Saal verlegt. Gegen 1 Uhr nachts wird sie allmählich wieder erregt, nennt die Wärterinnen „Hexen, Schlangen, Bande", äussert unbegründete Klagen über schlechte Behandlung" man habe ihr den Fuss krank gemacht" etc.

Nachmittas 5 Uhr ist sie wieder vollständig verwirrt und ideeenflüchtig, liegt dabei ganz still im Bett, spricht aber fast ohne Unterbrechung, meist Erinnerungen aus ihrem Leben reproducierend, häufig aber Bibelverse dazwischen bringend.

Allgemeine Schmerzen im Körper; Palpation der rechten Leistengegend und des unteren Teiles des Brustbeins besonders schmerzhaft. — Retentio Urinae, deswegen mehrmals Katheterismus. Temp. Morg. 38,3; Abd. 38,7.

2. VI. In der Nacht bis 2 Uhr war Pat. sehr laut, von 2—3 Uhr still, dann abwechselnd wieder unruhiger, schimpfte fortwährend. Sie trank etwas Eiswasser. Um 1 Uhr nachts versuchte sie sich zu beissen und bekam deswegen Handschuhe, ausserdem zupfte sie fortwährend am Verbande, weil dort lauter Schlangen wären. Heute Vormittag ist sie auch sehr unruhig, schimpft laut vor sich hin z. B. „Hexenbande, kämmt mich und schmiert mir die Hexe rein! Sie sollen brennen dafür, warten Sie! Ihr alter Stiefelthran, ihr alte Spucke! Lauter Katzen und Hunde kommen mir aus dem Leibe raus! etc. Mir ward so unrecht gethan, ich werde so gepeinigt, ich bekomme hier gar nichts zu essen!“

Temp. Morg. 38,5; Abd. 38,7.

3. VI. Pat. hat gestern Abend 10,0 vorher im Laufe des Tages auch schon 10,0 Morphium-Chloral bekommen uud hat danach die ganze Nacht mit geringer Unterbrechung geschlafen. Sie ist den ganzen Tag über sehr unruhig, schreit und singt, nimmt fast gar keine Nahrung zu sich, erst gegen Abend etwas Milch und Wein, verunreinigt sich mehrfach mit Urin.

Temp. Morg. 38,2; Abd. 39,0.

Bis $^1/_2$ 12 Uhr Nachts schläft sie, dann wird sie kurze Zeit sehr laut, nimmt aber freiwillig ein und schläft weiter.

4. VI. Pat. ist sehr laut und verwirrt. Sie singt und schreit, halluciniert lebhaft, stösst aber zuweilen auch Schmerzenslaute aus und bewegt die Hände mit auffallender Vorliebe.

Die Gegend des linken Handgelenks erweist sich als geschwollen, heiss und excessiv schmerzhaft; auch

die des rechten ist auf Druck schmerzhaft, hier ist aber keine Schwellung nachzuweisen.

Sehr stürmische Herzaktion, aber kein deutliches Geräusch. Heute Nachmittag, nachdem sie eine ganze Flasche Wein getrunken, ist sie sehr gerötet, dabei aber ruhig, hin und wieder einen Laut ausstossend. Die Untersuchung des Herzens ergiebt eine sehr erhebliche Verbreiterung der Dämpfung fast bis zur rechten Parasternallinie. Über der Pulmonalis ist ein systolisches Geräusch hörbar, über der Mitralis nicht.

Zeitweise wird ein Erythem in der Gegend der Gelenke sichtbar, das rasch verfliegt.

Auch die Berührung des Metacarpophalangealgelenkes der linken grossen Zehe ist schmerzhaft.

Ordinat. Natrium salicyl. 2,0.

Temp. Morg. 39,3; Abd. 39,3.

5. VI. Pat. hat sich den ersten Teil der Nacht ruhig verhalten, ist dann laut geworden, hat schlecht eingenommen, später wieder geschlafen.

Heute Morgen ruhiger, hat ziemlich viel getrunken und sich nass gemacht.

Im Laufe des Tages wieder erregter, scheint heftige Schmerzen zu haben, erhält 2 stündlich Solut. Natr. salicyl. 10:180, nimmt dasselbe auch ziemlich gutwillig. Gegen Abend schläft sie nach Morphiumchloral etwas, wird aber Nachts unruhig, glaubt Frösche im Bett und in der Milch zu sehen, muss um $^1/_2$2 Uhr mit Extrawache aus dem Saal entfernt werden; trank einen Becher Milch und schlief darauf zeitweise. Eine Eingiessung wirkte erst nach mehrfacher Wiederholung.

Temp. Morg. 38,6; abd. 38,7.

6. VI. Heute Morgen sehr laut, schreit unaufhörlich nach ihrem Willy, reibt sich mit den Händen am Körper und am Verband, schlägt nach ihrer Umgebung, droht, alle zum Fenster hinauszuwerfen. 15,0 Morph. Chloral. ohne Wirkung.

Wiederholt Stuhl, hat sich nass gemacht. Mittags schläft sie 1 Stunde, nachher sehr aufgeregt, reibt mit dem gesunden Bein am kranken, versucht, sich die Handschuhe auszuziehen.

Temp. Morg. 38,5; abd. 39,4.

7. VI. In der Nacht schlief sie wenig, musste aus dem Wachsaal entfernt werden, liess Urin und Stuhl unter sich.

Temp. Morg. 38,6, Puls 112.

Nachmittags hat Pat. nach 15,0 Morphiumchloral 6 Stunden geschlafen; sie nimmt genügende Nahrung, zeigt Neigung zum Schweiss. Temp. abd. 39,5. Das linke Handgelenk ist abgeschwollen, kein anderes von der Krankheit ergriffen.

8. VI. Pat. war gestern Abend noch sehr unruhig, schlief aber nach 10,0 Morphiumchloral leidlich ruhig. Morgens gegen 6 Uhr grosse Blässe und Benommenheit. Pat. reagiert weder auf Anreden noch auf Nadelstiche. Pupillen gleich weit, etwas eng. Temp. 41,7, Puls 140, aber regelmässig und ziemlich kräftig. Atmung regelmässig, aber vollständig stertorös. Eisbeutel auf Herz und Kopf.

In den folgenden Stunden wird die Atmung etwas besser, das Gesicht rötet sich, Puls trotz der grossen Beschleunigung andauernd von guter Spannung. Pupillen ziemlich eng. 2mal Atropin 0,001 subcutan. Gegen Mittag wird der Puls schwächer und noch frequenter, zeitweise aussetzend.

Temp. 12 Uhr Mitt. 42,0. Äther - Kampferinjectionen etc.

Temp. 2 Uhr 42,5; 4 Uhr 43,0, Exitus letalis.

Eine Obduktion wurde nicht ausgeführt, nur durch Einschnitt eine Absprengung der Calx und des Caput femoris dextri konstatiert.

Fall II. Lina B., Arbeiterin, 21 J., evang., aufgen. 19. I. 85; geheilt entlassen 9. II. 85.

Anamnese: Pat. wurde wegen Gelenkschmerzen am 22. XII. 85 auf die innere Station der Charité aufgenommen. Sie bekam nacheinander 4 Flaschen Natr. salicyl. 10:200. Nach Verbrauch derselben leichter Tremor der Hände, Mattigkeit in Kopf und Gliedern. Die bis dahin vollkommen ruhige Pat. zeigte Symptome maniakalischer Erregung, begann Streit mit den Nachbarn etc. Medicin 3 Tage ausgesetzt. Darauf Antipyrin

6:200 (ohne Nutzen), dann Tinctur. Colchic. (ohne Nutzen), darauf Propylamin 1,5:200.

Die Erregtheit wechselt ab mit Depression und hallucinatorischen Delirien des Gesichts und des Gehörs. Pat. hörte Stimmen, sah Engel und Tiere in der Luft. Wegen steigender Unruhe musste sie am 19. I. auf die Irrenabteilung verlegt werden.

Status: Bei der Exploration sitzt Pat. ruhig, leicht lächelnd vor dem Arzt. Sie erteilt ihre Antworten prompt, schnell und sachgemäss. Sie ist über Ort und Zeit vollkommen orientiert, giebt in klarer Weise Aufschluss über ihre näheren Verhältnisse, ihre Arbeit etc.: „Ihr sei ganz wohl, abgesehen von etwas Kopfschmerzen.“ Sie vermag über die auf der inneren Abteilung stattgehabten Vorgänge Auskunft zu geben, erzählt, dass sie nach der Medicin Ohrensausen bekommen habe, verwirrt geworden und aus dem Bett geklettert sei und ohne Grund viel gelacht habe. — Die körperliche Untersuchung ergiebt in den Kniegelenken leichte Schmerzen, spontan und auf Druck. — Schwellung nicht vorhanden. Kein Fieber.

Von Seiten der Respiration und Circulation liegen keine Veränderungen vor. Die Pupillen sind different, die rechte etwas weiter als die linke. Reaktion auf Licht prompt. Die Kniephänomene sind vorhanden.

22. I. Pat. befindet sich, abgesehen von den Gelenkschmerzen, ganz wohl und giebt an, dass sie keine Stimmen mehr höre.

Die Schmerzen in den Gelenken nehmen mehr und mehr ab und sind am 7. II. völlig geschwunden; das Sensorium bleibt andauernd klar, sodass Pat. am 9. II. geheilt entlassen werden kann.

Fall III. Bertha B., 23 J., Dienstmädchen, evang. Aufgenommen 11. II. 85; geheilt entl. 24. III. 85.

Anamnese: Keine Heredität. Vor 15 Jahren Scharlach, vor 5 Jahren Gelenkrheumatismus überstanden. Geistig früher stets normal.

Einige Wochen vor ihrer Aufnahme hat Pat. einen Gelenkrheumatismus durchgemacht, der mit Hinterlassung einer Insufficienz und Stenose der Mitralis heilte. Noch

in der Rekonvalescenz äusserte sie wiederholt die Besorgnis, sie könne infolge des Herzfehlers an Wassersucht erkranken, lehnte den Vorschlag ihrer Herrin, sich in ihrer Heimat zu erholen ab, war sehr tiefsinnig. Sie fasste sogar den Entschluss, sich mit Oxalsäure das Leben zu nehmen. Nachdem sie aber einen Schluck getrunken hatte — so berichtet sie später selbst — sei ihr das Sündhafte ihres Vorhabens eingefallen, und sie habe den Rest stehen lassen. Die Todesahnungen und der Wunsch zu sterben verliessen sie seit jener Zeit nicht. Sie wurde am 8. II. der inneren Station der Charité überwiesen. Dort verweigerte sie die Nahrung und bot in ihrem Verhalten das Bild der Melancholie dar. Deswegen wurde sie am 11. II. auf die psychiatrische Abteilung verlegt.

Status: Bei ihrer Aufnahme sitzt Pat. mit gesenktem Kopf, scheinbar in tiefer Gemütsdepression auf dem Stuhl, antwortet auf Fragen des Arztes sehr zögernd, giebt endlich als Grund ihrer deprimierten Stimmung an, sie höre Stimmen. Zu einer näheren Beschreibung derselben und zur Erzählung des Inhaltes ist sie nicht zu bewegen. Auf alle diesbezüglichen Fragen antwortet sie „Nein“ und bricht in Thränen aus. Nahrungsverweigerung. Pupillarreflex und Kniephänomene vorhanden. Die Untersuchung des Cor ergiebt: Dämpfung nach rechts bis in die Mitte des Sternum vergrössert. Lautes langgezogenes systolisches Geräusch, welches den I. Herzton fast ganz verdeckt und auch noch in den II. übergeht. II. Pulmonalton scharf accentuiert. An der Herzspitze im V. Intercostalraum in der Mammillarlinie starke Hebung sicht- und fühlbar. II. Ton an der Spitze selbst nicht deutlich zu horen, weiter nach oben im IV. Intercostalraum deutlich wahrnehmbar.

Verlauf: Die deprimierte Stimmung hält in den nächsten Tagen an. Pat. giebt keinen Aufschluss über den Grund ihrer Traurigkeit. Nur einmal antwortet sie auf die Frage, ob sie Stimmen höre: „Ja, fortwährend!“

24. II. Über den Besuch ihrer Dienstherrin empfindet sie lebhafte Freude, verfällt aber bald wieder in die gedrückte Stimmung zurück, möchte nach Hause.

11. III. In den letzten Tagen bedeutende Besserung eingetreten. Pat. spricht sich offener aus und macht die in der Anamnese erwähnten Angaben. Während der Zeit ihres Hierseins habe sie an nichts gedacht, wusste nicht, wo sie war und wie sie hierher gekommen. Dem Arzte allein sagt sie einige Tage später, sie habe Angst vor Strafe gehabt, weil sie Zuckersäure getrunken habe. Auch fürchte sie, keinen Dienst mehr zu bekommen, weil man Selbstmord bei ihr vermuten würde. Als Grund für die frühere Angst und Traurigkeit führt sie die in der Anamnese erwähnten Angaben an.

In der Folgezeit macht die Besserung Fortschritte. Pat. beschäftigt sich, zeigt Teilnahme für ihre Umgebung, benimmt sich ganz geordnet.

Am 24. III. als geheilt entlassen.

Während des Aufenthaltes in der Anstalt ist niemals Fieber aufgetreten.

Fall IV. Wilhelm B., Maurer, 30 J., evang., aufgenommen 20. V. 88, gebessert entlassen 18. IV. 89.

Anamnese: Keine Heredität. Vor 3 Jahren wurde er wegen Ulcus durum in der Charité behandelt.

Am 2. III. 88 erkrankte er an Rheumatismus articulorum acutus, hatte Fieber, starke Schmerzen, phantasierte schon damals mehrfach. Unter einer Salicylbehandlung erfolgte gegen Ende März Besserung. Anfang April trat ein Recidiv auf, welches 8 Tage anhielt. Seitdem bestanden fortwährend Schmerzen, er konnte nur noch 3 Tage arbeiten.

Am 16. Mai klagte er über grosse Mattigkeit, Kopfschmerzen, wurde unruhig, verwirrt, erzählte von einer früheren syphilitischen Infektion und trank eine Flasche mit Jodkalilösung 5:200 und eine mit Linimentum volatile aus.

Am 17. Mai suchte er die Hülfe des Krankenhauses auf. Er fand Aufnahme auf der II. medic. Klinik.

Hier wurde am 18. V. folgender Status erhoben: Scheues, ängstliches Wesen. Fragen werden langsam beantwortet. Das Gesicht ist beim Sprechen schmerzhaft verzogen. „Er habe die erwähnten Medikamente seiner Schmerzen wegen getrunken, in der Hoffnung

auf Hülfe.“ Die Schmerzen lokalisiert er im Magen und Hals.

Somatisch zeigt sich folgendes: Epigastrium gerötet von Umschlägen. Conjunctivae gerötet, Nase secerniert stark. Die Schleimhaut der Lippen zeigt leichte Ätzspuren, ebenso die Gaumenbögen. Uvula stark geschwollen.

Laryngoskopisch zeigt sich auch die Epiglottis stark geschwollen und gerötet. Kehlkopf auf Druck schmerzhaft. Thorax normal, Narben am Penis, in der rechten Leistengegend und an der Uvula. Kein Fieber, P. 80. Kniephänomen sehr verstärkt.

Die Verwirrtheit hält an. Am 19. V. treten in der Nacht heftige Delirien aggressiver Natur auf. Pat. schreit Feuer, wirft mit erreichbaren Gegenständen um sich.

Am 20. V. beisst er sich in den Finger und wird auf die Irrenstation verlegt. Hier ist er anhaltend in den ersten Wochen in einem Zustande grosser Verwirrtheit. Er ist mit Mühe im Bette zu halten, klettert fortwährend heraus, stellt sich mit ganz ängstlicher und verstörter Miene in irgend eine Ecke des Zimmers. Von seiner Umgebung nimmt er gar keine Notiz. Auf Anreden reagiert er gar nicht. Es ist überhaupt niemals eine sprachliche Äusserung von ihm bemerkt worden, zuweilen nur sieht man leise Bewegungen der Lippen, ohne dass man einen verständlichen Laut gehört hätte. In den Nächten war er sehr unruhig, legte sich einmal zu einem andern Pat. ins Bett und wollte mit ihm unzüchtige Handlungen treiben, wurde sehr erregt, riss die Fenster auf, musste isoliert werden. Auch sonst ging er nicht aus dem Bette heraus, drängte gegen die Thüren. Trotz 2,0 Chloral und 0,02 Morphium Abends hat Pat. noch keine Nacht gut geschlafen. Alle seine unruhigen Handlungen sind trotz der grossen Angst, die sich in seinen Gebehren ausspricht, nie von einer sprachlichen Äusserung begleitet.

In der Nacht vom 28./29. V. hat Pat. zum erstenmal nach 6,0 Paraldehyd sich ruhig verhalten und geschlafen. Am Morgen liegt er ruhig im Bette, die Augenlider halb

geöffnet, reagiert nicht auf Anreden, wendet sich nicht einmal zu dem Anredenden um.

Status: Er ist ein mittelgrosser Mann in etwas heruntergekommenem Ernährungszustand. An verschiedenen Stellen des Körpers, namentlich am rechten Oberarm blaue Flecken. Am rechten Zeigefinger eine vernarbende Wunde (selbst gebissen). Am rechten Unterarm eine Tätowirung. Er lässt sich die körperliche Untersuchung ruhig gefallen. Im Gesicht sieht man fortwährend Anspannung der Kaumuskulatur. Linke Pupille durch Atropin erweitert, links Phlyctäne. Pupillarreaktion beiderseits vorhanden. Augenbewegungen nicht zu prüfen, da er nicht folgt. Die Zunge zeigt er nicht. Entfernt man den Unterkiefer vom Oberkiefer, so sieht man dieselbe leicht belegt auf dem Boden der Mundhöhle liegen. Die Respirat. ist sehr oberflächlich, 16—18 in der Minute.

Cor: Spitzenstoss im V. Intercostalraum in der Mammillarlinie der Perkussion ergiebt keine Vergrösserung. Töne in allen Klappen rein, über den grossen Gefässen etwas leise. Puls 64, regelmässig, von mittlerer Spannung.

Über den Lungen nichts Besonderes. Bei der Auskultation lässt sich gar nichts Bestimmtes sagen, da Pat. zu oberflächlich atmet.

Abdomen nicht aufgetrieben. Auf Druck keine Schmerzäusserung.

Kniephänomen beiderseits vorhanden. Ebenso beiderseits Achillessehnenphänomen.

An den grossen Gelenken nirgends eine Schwellung und Schmerzhaftigkeit zu konstatieren. Auf Nadelstiche zieht Pat. sofort die betreffende Extremität an oder verzieht das Gesicht schmerzhaft. Aus dem Bette genommen und hingestellt bleibt er benommen in halb gekrümmter Stellung stehen. Spontanbewegungen hat er während der ganzen Zeit der Untersuchung so gut wie garnicht ausgeführt.

Den passiv erhobenen Arm lässt er einige Male stehen. Es geschieht dies aber nicht regelmässig. Zuweilen lässt er ihn gleich zurücksinken. Die erhobenen Beine lässt er gleich wieder zurückfallen.

Temperatursteigerung ist niemals aufgetreten.

31. V. Pat. spricht noch immer nicht, isst aber spontan.

14. VI. Pat. legte sich heute Abend, nachdem er zu Stuhl gewesen, spontan in ein fremdes Bett, verlangte eine Zeitung zu lesen, erkannte alle Personen und gab über alles vollkommen klare Auskunft, die verhältnismässige Klarheit hielt kaum $^1/_2$ Stunde an, dann ist er wieder verwirrt und ängstlich.

4. VII. Die Verwirrtheit hält an; er geht mit fragendem Gesichtsausdruck im Zimmer hin und her, bewegt die Lippen zuweilen leise, giebt keine Auskunft, spricht auch mit seinen Verwandten nicht. In der Nacht ist er zuweilen sehr unruhig, drängt an die Thür, sodass er isoliert werden muss.

8. VII. Es werden eigenartige, tanzende, hüpfende, drehende Bewegungen beobachtet. Pat. dreht sich zuweilen auf einem Flecke mehrere Male herum und setzt die Beine, als ob er tanzen wollte. Den Körper dreht er in komischen Wendungen und Verrenkungen nach der Seite und nach rückwärts, als wenn er gezogen wird, und die Arme nimmt er nach hinten wie ein Gefesselter. Er bewegt die Lippen, ist aber nicht zu verstehen.. Gesichtsausdruck ganz verwirrt, ängstlich. Zum Closet geht er allein. Seines Anzuges sucht er sich fortwährend zu entledigen.

16. IX. Verwirrung hält an. Pat. verhält sich dabei im allgemeinen ruhig; diese Nacht jedoch sprang er wie wild im Sale herum und warf die Betten durcheinander, sodass er isoliert werden musste, wurde dann bald ruhig.

15. XI. Pat. giebt heute auf viele Fragen vollkommen richtige Auskunft, freilich meistens erst nach längerem Besinnen. Er weiss, dass er in der Charité ist, dass dies ein Krankenhaus sei, giebt über seine Umgebung zum Teil richtige Auskunft, ebenso über seine Familienverhältnisse und über die Zeit. Er erzählt ferner, dass er in der letzten Nacht unruhig geschlafen habe, weil er lebhaft geträumt habe. „Es sei ihm so gewesen, als ob alles umstürzen wollte, die Fenster

hätten geschlagen. Er habe nicht gewusst, wo er hingehöre, es ginge alles so eigentümlich um ihn her. Angst habe er aber nicht gehabt".

1. XII. Im allgemeinen ist der Zustand unverändert, doch ist das Wesen des Pat. in letzter Zeit ein vorwiegend ängstlich verwirrtes.

21. VI. 89. Pat. zeigte bis vor einigen Tagen eine allmählich fortschreitende Besserung; ist einmal, ohne dass ein Nachteil zu bemerken gewesen, nach Hause auf Urlaub gegangen, hat sich dort jedoch eigentümlich benommen.

Als ihm vor einigen Tagen durch seinen Vater und Schwiegervater die Nachricht vom Tode seiner Frau gebracht wurde, verhielt er sich vollkommen ruhig, war aber sehr unglücklich, weinte und wollte nach Hause. Heute während der Vorlesung kletterte Pat. durch das zum Corridor führende Fenster, geht in die Badestube, zieht sich aus, will durchaus seine Kleider haben, ist nicht zu bewegen, wieder auf sein Zimmer zu kommen, klettert vielmehr auf den Heizapparat, wehrt sich, als man ihn herunterholen will. Nachher ist er äusserlich ruhig, giebt als Erklärung an, er habe aufs Closet gewollt, habe vorne aber nicht durch gekonnt. Orientiert über Zeit und Ort.

22. II. Pat. kroch gestern Abend beim Zubettgehen ins Kleiderspind, bedeckte sich mit Mänteln. Nach dem Grunde gefragt, sagte er, das wisse er nicht. Er beschäftigt sich in der letzten Zeit nicht mehr, steht nur herum.

31. III. Pat. war während d. März ruhig und meist klar, an einzelnen Tagen ist er jedoch anscheinend mehr oder weniger verwirrt. Er kommt dann nicht, wie sonst, an den Arzt heran, um sich nach dem Termin seiner Entlassung zu erkundigen, sondern schaut sich halb verwundert um, steht unbeschäftigt herum, giebt nur zögernde und unvollkommene Antworten. Im allgemeinen sind solche Tage in der letzten Zeit indes viel seltener geworden. Pat. bittet oft um seine Entlassung, er habe wieder das Bedürfnis zu arbeiten, fühlt sich ganz klar im Kopf.

13. IV. Pat. machte heute einen Fluchtversuch, indem er, als er sich im Garten befand, durch den Keller zu entweichen suchte.

Sein Zustand hat sich gebessert. Er benimmt sich geordneter. Die Erinnerung an die erste Zeit seines Hierseins ist nur eine sehr mangelhafte. Auf Drängen seiner Verwandten wurde er am 18. IV. 89 als gebessert entlassen.

Nachträgliche Erkundigungen haben ergeben, dass er seiner Arbeit nachgeht, sich nicht auffällig benimmt.

Fall V. Christian A., Privatmann. 46 J., evang., aufgen. 29. I. 90, geheilt entlassen 20. II. 90.

Anamnese (Schwester): Pat. war einmal leberkrank, sonst stets gesund. Heftiges, leicht reizbares Wesen. Kein Potus. Vor $3^1/_2$ Wochen erkrankte er an Gelenkrheumatismus. Die Gelenke der Extremitäten sollen etwas geschwollen gewesen sein. Hohes Fieber soll nicht bestanden haben.

Seit $2^1/_2$ Wochen phantasierte Pat. viel, sprach von Politik, von Bismarck, hielt sich selbst für einen grossen Staatsmann etc. Erst am letzten Tage vor der Aufnahme äusserte er Verfolgungsgedanken und ausserdem die nachnachfolgenden Wahnideeen.

Status: 30. I. 90. Pat. kommt im Sanitätswagen, mit Watte verbunden, ist ruhig, schläft in der Nacht.

Am Morgen giebt er an, dass er seit 4 Wochen an Gelenkrheumatismus krank liege, er will dabei gefiebert haben. Er habe in letzter Zeit viel Ärger gehabt, seine Schwestern, mit denen er zusammen lebe, hätten sich weggeworfen. Es möchte wohl lächerlich sein, aber ein Gott im Himmel habe ihm das eingegeben. Eigentlich sei er Hellseher und habe verschiedene Sachen in der Nacht schon vor Augen gehabt. Bilder jedoch habe er von seinen Schwestern nicht gesehen, sondern Eingebung habe ihm das klar gemacht, und es sei plötzlich wie Schuppen von seinen Augen gefallen. Ebenfalls durch Eingebung habe er erfahren, dass ein bei ihm wohnender Bruder sich einer Unterschlagung schuldig gemacht habe. Die Sache kam ihm bedenklich vor. Da er eine Lebensversicherungspolice besass, so schien es ihm, als

ob man ihm deswegen nach dem Leben trachte. Er könne das nicht beweisen, aber die Medicin habe er deswegen nicht genommen, es komme ihm auch so vor, als ob seine Schwestern und der Arzt unter einer Decke steckten. Es sei derselbe Arzt, von dem sie sich hätten untersuchen lassen auf die Folgen unerlaubten Umgangs. Gestern Abend sei ihm die Sache erst ganz klar geworden, er sei in grosse Erregung gerathen und habe um Hülfe geschrieen, um Zeugen zu schaffen. Abends habe man ihm noch ein ganz trockenes Pulver in den Hals gesteckt. Sein Bruder läge 2 Zimmer daneben an Schanker krank, und er hält es deshalb nicht für ausgeschlossen, dass man ihm etwas von der Krankheit in der Aufregung übertragen hätte.

Eine genaue körperliche Untersuchung lässt sich bei sehr abwehrendem Verhalten des Pat. nicht ausführen.

Dieser Zustand geht noch an demselben Tage in den einer hochgradigen Unruhe und Erregtheit über, so dass Pat. isoliert werden musste. In der Zelle brüllte er laut, stösst unartikulierte Laute aus, lässt sich gar nicht ankommen, schlägt viel um sich. Schlechte Nahrungsaufnahme. Er verkennt offenbar seine Umgebung, giebt auf Fragen keine richtigen Antworten.

In der Nacht am 30/31, hat er laut geschrieen, in der nächsten ruhig gelegen. In der Nacht vom 1/2 IV. bis gegen 4 Uhr geschlafen, dann ist er in der Zelle umhergelaufen. Seit der Zeit war er ruhiger. Fieber bestand niemals, Temp. zwischen 36,8 und 37,6.

5. II. Pat. liegt am Morgen ruhig im Bett, giebt Aufschluss über den Beginn seiner Erkrankung und wiederholt die früheren Wahnideeen. Bemerkenswert ist noch Folgendes: ein Gott in seinem Innern, eine deutliche, klare Stimme, sagte zu ihm: „Mein lieber Sohn Christian, ich bin stets in Dir und Du bist stets in mir, Du darfst ruhig sein, ich werde Dich durch alle Wege führen“. Pat. ist sonst von der Realität seiner Visionen überzeugt. Das Benehmen ist ein eigenartiges, er hat meist die Augen beim Sprechen geschlossen und schnüffelt zuweilen.

In beiden Ohren hat er Strohpfröpfe stecken; „wegen

der Stimmen habe er es nicht gethan, sondern wenn er mal lange hungern müsste, sei ihm durch Eingebung gesagt".

Die am 6. II. vorgenommene ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt nichts Abweichendes. Pupillarreflex erhalten.

Die Gelenke, namentlich die Kniegelenke sind spontan und auf Druck schmerzhaft, nicht geschwollen. Von Seiten des Herzens bestehen keine Abnormitäten. Die Untersuchung der übrigen Organe ergiebt keine Besonderheiten. Kniephänomene sind beiderseits erhalten.

21. II. In den nächsten Tagen tritt bei dem Pat. mehr und mehr Klarheit ein, anfangs ist er noch etwas verschlossen, wird dann zugänglicher. Körperlich erholt er sich ebenfalls. In betreff seiner Krankheit giebt Pat. an, dass er im Anschluss an Influenza an einem schweren Gelenkrheumatismus erkrankt sei; anfangs war er ganz klar im Kopf, dann stellten sich schlaflose Nächte ein. Pat. hatte viel Natr. salicyl. bekommen und beschuldigt dieses als Ursache der Geistesstörung. Anfangs habe er Klingen und Sausen im Ohr und das Bedürfnis, viel zu sprechen, gehabt; dann sei er verwirrt geworden, und er erinnert sich, dunkel gefühlt zu haben, dass man ihn vergiften wollte. Über seine früheren Wahnideeen lacht er jetzt; ob er wirkliche Sinnestäuschungen gehabt, kann er nicht angeben. Es war ihm, als ob er ein Verbrecher sei, als ob der Boden unter ihm schwankte und das Laken im Nebenbett sich bewegte.

Da Pat. sich körperlich und geistig vollkommen gesund fühlt, wird er als geheilt entheilt entlassen.

Gehen wir nun zu der Betrachtung der einzelnen Fälle über, und suchen wir zunächst die Psychosen, wie sie hier zu Tage treten, nach ihrer Erscheinungsweise und nach ihrem Verlaufe zu classificieren.

Im ersten Falle sehen wir bei einem 20jährigen jungen Mädchen, nachdem sie bereits einige Wochen lang über vage Schmerzen in einem Oberschenkel und in der Nierengegend geklagt hat, plötzlich Nachts eine heftige, ängstliche Erregung eintreten, infolge deren sie

einem Krankenhause überwiesen wird. Hier steigert sich ihre Unruhe, und in einem unbewachten Augenblick stürzt sie sich aus dem Fenster und zieht sich dabei eine Fractur des rechten Oberschenkels und eine Absprengung der Calx auf derselben Seite zu.

Über die Temperatur speciell in den letzten Tagen vor dem Sprunge liegen keine Angaben vor.

Sie wird, da ihre Verwirrtheit nicht nachlässt, der Irrenabteilung der Charité zugeführt. Es werden hier die deutlichen Anzeichen eines Gelenkrheumatismus und einer Herzaffektion konstatiert, es bestehen unausgesetzt sehr wilde Delirien, nur ganz vorübergehend tritt etwas Klarheit ein, im Collaps erfolgt der Tod.

Die Sektion wurde leider nicht ausgeführt.

Wir sehen also in diesem Falle einen sehr plötzlichen Eintritt der Psychose mit foudroyantem Verlaufe. Setzen wir den Beginn der Störung auf die Nacht zum 24. V., so haben wir bereits 6 Tage später eine solche Intensität des Leidens, dass das Leben dadurch auf das ernsteste gefährdet ist. In welchem Grade Fieber und Gelenkrheumatismus damals bestanden haben, entzieht sich unserer Beurteilung, wir werden aber wohl nicht fehl gehen, wenn wir beide als bereits vorhanden schon annehmen, da an demselben Tage, nach dem Sprunge aus dem Fenster, in der Charité Gelenkschwellung und eine hohe Temperatursteigerung vorhanden sind. Schon 9 Tage nach Aufnahme in die Charité, 13 Tage nach dem Ausbruche der Erkrankung erfolgt der Tod.

Die Psychose, wie sie sich darstellt, charakterisiert sich als eine acute hallucinatorische Verwirrtheit, verbunden mit hochgradigen Angstzuständen und suicidalem Triebe.

Der zweite Fall betrifft ein 20 jähriges Mädchen, die unter den Erscheinungen eines leichten Gelenkrheumatismus auf eine innere Abteilung zur Behandlung gelangt. Nachdem sie Natr. salicyl. in Höhe von 40,0 zu sich genommen, stellten sich nervöse Erscheinungen ein — Tremor der Hände, Mattigkeit in Kopf und Gliedern — es wurden hierauf andere Antirheumatica (Antipyrin, Tinctur. Colchici und Propylamin) ohne

Nutzen verabreicht, es traten noch im Laufe dieser Behandlung Täuschungen des Gesichts und Gehörs mit leichten Erregungszuständen auf, welche ihre Verlegung nach der Irrenabteilung erforderlich machten. Hier lassen sich nur noch leichte Gelenkschmerzen nachweisen. Psychisch zeigt Pat. nichts mehr Besonderes. Eine specifische Behandlung wird nicht mehr eingeleitet, und bereits 14 Tage nach ihrer Transferirung auf die Irrenabteilung kann sie als geheilt entlassen werden.

Offenbar war die Psychose, die wir auch in diesem Falle als eine acute hallucinatorische Verwirrtheit bezeichnen können, schon auf der inneren Abteilung zum Ablauf gekommen. Beachtenswert ist hier der Umstand, dass sich dieselbe entwickelt, als verhältnismässig grosse Gaben von Natr. salicyl. gereicht sind, und nachdem bereits allgemeine nervöse Symptome, unter anderm auch Ohrensausen, Benommenheit sich eingestellt hatten.

Es wird sich fragen, ob wir hier vielleicht die acute Geistesstörung als Intoxikationspsychose, hervorgerufen durch die Salicylsäure ansehen können. Der ausserordentlich schnelle Ablauf der Erregtheit scheint diese Annahme zu stützen. Ob wir lediglich dadurch das Zustandekommen der Erscheinung erklären können, diese gewissermassen als eine Summation der bei Salicylsäuredarreichung nicht selteu auftretenden unangenehmen Complikationen aufzufassen haben, das mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls liegen Beobachtungen vor, aus denen ersichtlich ist, dass ein Zustand von acuter hallucinatorischer Erregung nach Salicylsäuregebrauch eintreten kann.

Anders gestaltet sich der Verlauf des III. Falles. Ein 25 jähriges, hereditär nicht belastetes Mädchen, welches schon einmal vor Jahren einen Anfall von Gelenkrheumatismus glücklich überstanden hat, erkrankt zum zweiten Male heftig mit Fieber an demselben Leiden.

Im Verlaufe desselben bilden sich die Erscheinungen einer Insufficienz und Stenose der Mitralis aus, in der Rekonvalescenz erkrankt sie psychisch, wird still, teilnahmlos, zuweilen ängstlich, und macht in einem solchen Angstanfalle einen Selbstmordversuch durch Trinken

von Oxalsäure. Bei ihrer Aufnahme ins Krankenhaus bietet sie bereits die Symptome einer ausgesprochenen melancholischen Depression dar und wird deshalb nach einigen Tagen von der inneren Klinik nach der Abteilung für Geisteskrankheiten transferiert.

Die melancholischen Symptome schwinden hier nach verhältnismässig kurzer Zeit, sodass sie bereits 7 Wochen nach ihrer Aufnahme geheilt entlassen werden konnte.

Viel längere Zeit im Verlaufe beansprucht der vierte der mitgeteilten Fälle. Auch hier war bei einem 31 jährigen Manne schon einmal ein Anfall von Gelenkrheumatismus vorausgegangen; bald nach Ablauf dieses tritt ein Recidiv ein, von dem er sich sehr bald erholte, so dass er seiner Arbeit wieder nachgehen konnte. Freilich fühlte er sich noch nicht gesund, klagte besonders noch über Mattigkeit und Kopfschmerzen. Circa 2 Wochen später beging er plötzlich in einem Anfalle von Verwirrtheit verkehrte Handlungen, trank die ihm verordnete Medicin, Jodkalium und Linimentum volatile auf einmal aus, fing an zu phantasieren und musste einem Krankenhause übergeben werden. Auf der medicinischen Klinik, wo er Aufnahme gefunden hatte, benahm er sich so ängstlich und unruhig, brachte sich sogar Verletzungen bei, (Biss in den Finger), dass seine Verlegung nach der Irrenabteilung geboten erschien. Die Psychose nahm einen ausserordentlich langwierigen Verlauf, es dauerte 10 Monate, bevor die Rekonvalescenz sich einleitete.

Die Psychose charakterisiert sich als eine acute hallucinatorische Verwirrtheit mit intercurrenten Erregungszuständen und stuporösem Verhalten.

Nicht so lange Zeit beanspruchte der fünfte Fall. Auch in diesem handelte es sich um einen auf Wochen protrahierten Gelenkrheumatismus bei einem 46jährigen Manne. Vier Wochen nach Beginn des Leidens entwickelte sich die Psychose und bildete sich in kurzer Zeit zu einer ausgesprochenen Geisteskrankheit aus. Sehr lebhafte Sinnestäuschungen stellten sich ein, es wurden Wahnvorstellungen der Beeinträchtigung und

der Verfolgung produciert mit zeitweiligen heftigen Erregungszuständen.

Auch hier wird berichtet, dass sich die ersten psychischen Erscheinungen nach Darreichung von Natrium salicyl. eingestellt haben sollen. Wenn die Erkrankung auch rasch ansteigt, so sehen wir sie doch nicht in derselben Weise schnell abfallen, wie dies in der Beobachtung II der Fall war. Noch Wochen lang, nachdem das Medikament ausgesetzt war, dauert die Geisteskrankeit an, um erst ganz allmählich zu schwinden.

Die Form der Störung können wir auch hier wieder als eine acute Paranoia bezeichnen; besondere Beachtung verdient, dass es hier zu einer Bildung von Wahnvorstellungen, die sich fast zu einem System vereinigen, kommt.

Soweit die einzelnen Fälle. Betrachten wir nur, welche Besonderheiten sie aufweisen, speciell, welche Ähnlichkeiten und Verschiedenheiten in ihnen zum Ausdruck gelangen.

Die Diagnose des acuten Gelenkrheumatismus ist in allen Fällen eine ganz sichere. Komplikationen von Seiten des Herzens finden wir in Fall I und III. In letzterem besteht sogar eine ausgesprochene Insufficienz und Stenose der Mitralis, während die Diagnose eines solchen Leidens im ersten nicht mit aller Sicherheit zu stellen ist. Ob das reichliche Vorhandensein von Albumen im ersten Falle einer wirklichen Nierenerkrankung zuzuschreiben ist oder den hohen Temperaturen, mag dahingestellt bleiben.

Die Schwere des Gelenkrheumatismus ist in den einzelnen Fällen sehr verschieden. Während wir in Beobachtung I und II nur verhältnismässig leichte Symptome von Seiten der Gelenke beobachten, sehen wir in den 3 übrigen schwerere Formen, von längerer Dauer, mit Schwellung der Gelenke und grosser Schmerzhaftigkeit.

In Beobachtung 3 und 4 war bereits ein Anfall von Gelenkrheumatismus vorausgegangen: im ersten Falle vor mehreren Jahren, im zweiten trat das Recidiv bereits wenige Tage nach Ablauf der ersten Attaque ein.

Wenn wir gerade bei diesem Falle die Angaben des Pat. berücksichtigen, der noch über Schmerzen und Mattigkeit klagte, so können wir den erneuten Ausbruch noch in direkten Zusammenhang mit der ersten Erkrankung bringen.

Was nun den Zeitpunkt anbelangt, in welchem die Psychose ihren Anfang nimmt, so ist dieser ein ausserordentlich verschiedener.

Im Falle I setzt derselbe ziemlich mit dem Beginn der körperlichen Erkrankung ein, im III. Falle bricht die Geistesstörung in der Rekonvalescenz aus, als bereits alle Erscheinungen des Gelenkrheumatismus geschwunden sind, im IV. und V. tritt sie noch im Verlaufe des sich protrahierenden Gelenkrheumatismus ein. Ausschliessen können wir ganz den II. Fall. Hier bildet sich ein schnell vorübergehendes Delirium aus im Anschluss an hohe Dosen Salicylsäure.

Bezüglich der Dauer der Psychosen haben wir in dem I. Falle damit zu rechnen, dass der Tod hier im Anschluss an einen Sprung aus dem Fenster nach kurzer Zeit bereits herbeigeführt wird; im II. Falle sehen wir die Intoxikationspsychose nach wenigen Tagen schwinden, im III. und V. Falle haben wir einen Ablauf der Geistesstörung bereits nach 5 resp. 4 Wochen, nur der eine Fall beansprucht eine längere Dauer von Monaten, bevor die Lösung eintritt.

Die Form der Psychosen haben wir oben des Näheren gewürdigt, in fast allen handelt es sich um mehr oder weniger acut eintretende Geistesstörungen mit lebhaften Sinnestäuschungen, hochgradiger Beteiligung des Affektes, welche sich der acuten Verrücktheit einreihen lassen. Nur der eine Fall muss als eine Melancholie angesehen werden.

Von besonderer Bedeutung ist die Entwicklung der Störung. — Hierbei verdient schon ein lediglich äusserer Umstand hervorgehoben zu werden, nämlich der, dass alle Kranken bis auf einen Fall zunächst keine Irrenanstalt, sondern anderen Krankenhäusern resp. medicinischen Kliniken zugeführt worden sind.

In Beobachtung V, wo die Erregung bereits zu Hause

eine sehr ausgesprochene war, zogen die Verwandten es vor, den Pat. der Abteilung für Gemütskranke zu überweisen. Es liegt im praktischen Interesse, gerade auf diesen Umstand aufmerksam zu machen, denn dass die Psychose keine leichte, schnell vorübergehende Erregung, Verwirrtheit oder Depression darstellte, das beweist uns der traurige Ausgang des I. Falles. Auch in Beobachtung III sehen wir einen Selbstmordversuch, vielleicht auch in Beobachtung IV. Es empfiehlt sich daher jede psychische Alteration, welche sich im Gefolge von Gelenkrheumatismus einstellt, mit der grössten Vorsicht zu behandeln und speciell für die erforderliche Bewachung der Pat. Sorge tragen zu lassen.

Auf veranlassende Ursachen der Geisteskrankheiten bei Gelenkrheumatismus, d. h. speciell auf solche, welche im Wesen der Krankheit selbst liegen könnten, z. B. im Fieber, in etwaigen Infektionserregern, will ich hier nicht weiter eingehen, da wir nur theoretische Erörterungen darüber anstellen können. Ich verweise dabei auf die von Kraepelin in seiner ausführlichen Abhandlung gemachten Angaben.

Die Prognose — darin schliesse ich mich den Angaben früherer Autoren an — ist, wie auch unsere Fälle zeigen, für diese Geistesstörungen keine ungünstige, freilich muss man die oben erwähnten Cautelen berücksichtigen, um ein jähes Ende zu verhüten, wie wir es im Falle I sehen. Schliessen wir diesen aus, so sehen wir alle übrigen einen ausserordentlich günstigen Verlauf nehmen. Selbst in der einen Beobachtung, wo das Leiden sich fast auf ein Jahr hinzieht, tritt völlige Restitution ein.

Am Schlusse dieser Zeilen erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Privatdocent Dr. Siemerling, I. Assistent der psychiatrischen Klinik der Charité, für die Überweisung des Materials und die Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Litteratur.

1. Kraepelin, Archiv für Psychiatrie, Band XI: „Über den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten".
2. Giraud, „Du délire dans le rhumatisme articulaire aigu". Referate der französischen Litteratur.
3. Griesinger, „Über die protrahierte Form der rheumatischen Hirnaffektion". Archiv für Heilkunde, 1860. I. Heft 3.
4. Simon, Charité-Annalen 1865 und 1869, und Archiv für Psychiatrie, VI. Zusammenstellung und kritische Würdigung aller in der Litteratur bekannt gewordenen Fälle von Rheumatismuspsychosen.
5. H. Ferber, „Die nervösen Erscheinungen im Rheumatismus acutus". Archiv für Heilkunde. Band X. 1869.
6. Simon, Archiv für Psychiatrie, III. 3. 1873.
7. Handfield Jones, Medical Times and Gazette. 1871, Aug.
8. Bouillaud, Gazette des Hôpitaux, 18. 1862.
9. Hagen, Schmidts Jahrbücher, 1860. No. 6.
10. Die Lehrbücher für Psychiatrie von Schüle, v. Krafft-Ebing, Griesinger.

Thesen.

I.

Bei psychisch hereditär belasteten und leicht erregbaren Personen sind die Salicylpräparate möglichst durch andere Antirheumatica zu ersetzen.

II.

Bei incarcerierten Hernien ist nach längerer Dauer der Einklemmung die Herniotomie der Reposition vorzuziehen.

III.

Die Anwendung des Secale cornutum ist nur in der Nachgeburtsperiode indiciert, als Wehen beförderndes Mittel ist dasselbe zu verwerfen.

Lebenslauf.

Verfasser, Ferdinand, Cristoph, Carl Klein, evangelischer Konfession, wurde am 18. VI. 64 zu Puttgarten auf Rügen, als Sohn des Gutsbesitzers F. Klein und seiner Ehefrau Alwine, geb. Ockermann geboren. Durch Privatunterricht für die Quarta des Gymnasiums zu Stralsund vorbereitet, verliess er dasselbe Michaelis 83 mit dem Zeugniss der Reife. Dann studierte er in Marburg, Greifswald und Berlin Medizin. In Greifswald bestand er am 14. März 86 die ärztliche Vorprüfung. In Berlin beendete er am 23. XII. 89 sein Staatsexamen und bestand am 6. März 90 das Examen rigorosum daselbst.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

In Marburg: Greeff, Lieberkühn, Melde, Wagner, Wigand, Zinke.

In Greifswald: A. Budge, J. Budge, Grawitz, Helferich, Landois, Limpricht, Löbker, Mosler, Peiper, v. Preuschen, Rinne, Schulz, Sommer, Strübing.

In Berlin: Dührssen, Fräntzel, Gerhardt, Gusserow, Israel, Japerer, Leyden, Schweigger, Westphal (†).

Allen diesen Herren, meinen hochverehrten Lehrern, erlaube ich mir an dieser Stelle meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.